

Année 1882

THÈSE

N° 249

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1882 à 1 heure.

PAR LUC-LOUIS-JOSEPH DELPRAT

Né à Raissac d'Aude (Aude), le 18 octobre 1856.

DES LÉSIONS CARDIAQUES AU COURS DE LA BLENNORRHAGIE

Président M. HARDY, professeur.

Juges MM. { SAPPEY, professeur.

{ DEBOVE, GRANCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETIT.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGÉ.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOLLE.	HAILOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARDY

Membre de la Faculté de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES

DES
LÉSIONS CARDIAQUES

AU COURS DE LA BLENNORRHAGIE

INTRODUCTION.

DIVISION DU SUJET.

Dans le courant de l'année 1881, nous suivions à l'Hôtel-Dieu le service de M. le Dr Moutard Martin lorsqu'un cas de lésions du cœur survenues dans le cours d'une blennorrhagie vint attirer notre attention.

La rareté de cas semblables ou analogues nous suggéra l'idée de prendre ce chapitre de pathologie comme sujet de notre thèse. C'est le résultat de nos recherches que nous soumettons à la bienveillance de nos juges.

Nous signalerons d'abord dans un court aperçu historique les auteurs qui se sont occupés du sujet qui nous intéresse et comme nous n'avons point l'intention de faire un chapitre de l'histoire en général des maladies du cœur, nous signalerons seulement les auteurs qui ont traité d'une façon toute spéciale du sujet.

Après avoir exposé toutes les observations que nous avons pu recueillir sur la matière, nous passerons à l'étude des symptômes que nous ferons aussi détaillée que possible, nous basant sur toutes les observations, publiées jusqu'à ce jour de complications cardiaques au cours de la blennorrhagie ou de ce que l'on désigne sous le nom de rhumatisme blennorrhagique.

Puis après avoir insisté sur le pronostic, que nous trouvons à peine ébauché par nos devanciers, nous dirons quelques mots du diagnostic. Puis nous rechercherons les causes occasionnelles ou prédisposantes qui peuvent donner lieu à l'apparition de pareils accidents.

Notre étude pathogénique devra ensuite nous retenir quelque temps. On a parlé en effet récemment d'endocardites septiques survenant au cours de la blennorrhagie et analogues aux arthrites reconnues de même nature déjà par des travaux anciens : ceux de Paget, Lasègue ; ce sont là des vues que nous aurons à discuter longuement.

Puis après avoir posé les indications du traitement et étudié les divers médicaments à l'aide desquels on peut combattre les complications cardiaques blen-

norrhagiques, nous résumerons notre travail en quelques conclusions.

Nous remercions ici M. le professeur Hardy d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse; nous lui en offrons la dedicace comme témoignage de reconnaissance à cet excellent maître qui, dans ses leçons cliniques que nous avons le regret d'abandonner aujourd'hui, a contribué dans une large part à notre instruction médicale.

HISTORIQUE

Lorsque depuis longtemps les inflammations des synoviales articulaires dans le cours de la blennorrhagie étaient signalées et décrites, lorsque encore les complications de même nature sur les bourses séreuses tendineuses et autres étaient (1) reconnues, les manifestations de la blennorrhagie sur les séreuses viscérales restaient dans l'ombre et pour le fait qui doit nous occuper spécialement l'inflammation de la séreuse qui recouvre le cœur ou de celle qui tapisse ses cavités.

Troussau (2) n'admettait pas que la blennorrhagie

(1) Swediaur. Journal de médecine de Londres, 1831. Traité des maladies vénériennes.

(2) Gazette des hôpitaux, 1854, p. 226.

pût se compliquer de lésions du côté du cœur. En effet, à l'entrée dans les salles d'un malade atteint d'arthrite survenue après la disparition brusque d'un écoulement urétral, et malgré la présence simultanée ou la migration successive de douleurs dans plusieurs articles, il porte le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique, car il n'y avait rien au cœur. Il se fondait sur cette circonstance « qui semble, dit-il, pouvoir servir de caractère distinctif à ce genre d'arthrite, à savoir que malgré l'existence de plusieurs arthrites il n'y avait jamais eu de complication cardiaque. »

Grisolle (1) semble de même que Trousseau peu disposé à admettre les complications qui nous occupent, et non content de les passer sous silence dans son traité de pathologie interne et dans celui qui a été revu par le professeur Béhier, il les nie encore d'une façon absolue dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'à propos de l'arthrite blennorrhagique il dit : qu'on « n'observe jamais, soit du côté du cœur, soit du côté de la plèvre, ces complications si communes dans le rhumatisme vrai. »

M. le Dr Martineau n'en parle pas dans sa thèse sur les endocardites (2). Rollet n'en a pas vu d'exemple (3). Le passage qui suit emprunté à son traité des maladies vénériennes le prouve suffisamment :

(1) Leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. Gazette des hôpitaux de juillet 1866, n° 77.

(2) M. Martineau. Thèse d'agrégation, 1866.

(3) Traité des maladies vénériennes. Paris, 1865.

« M. Ricord dit avoir observé dans le rhumatisme blennorrhagique des symptômes d'endocardite et d'épanchement dans le péricarde. J'ai ausculté le cœur chez la plupart des malades affectés de rhumatisme blennorrhagique qui se sont présentés à mon service à l'*antiquaille* et je n'ai rien noté de ce côté. Je ne connais que trois observations détaillées où l'auscultation ait fait découvrir quelque chose au cœur : la troisième du mémoire de Brandes (1) qui lui est personnelle, et la dixième qui lui a été communiquée par Lehmann et une autre de M. Hervieux (2). »

Cependant depuis que l'attention a été attirée de ce côté de la pathologie, nombre d'observations ont paru dans des thèses ou mémoires divers ; mais il est juste que nous remontions aux premiers auteurs qui se sont occupés de la question en suivant pas à pas jusqu'à nos jours les progrès de la médecine de ce côté.

C'est Brandes le premier qui, dans son mémoire inséré dans les Archives générales de médecine en 1854, signala l'apparition possible de complications cardiaques blennorrhagiques et il cite à l'appui de son dire deux observations : l'une qui lui est personnelle et qui est l'observation troisième de son mémoire (Endocardite); l'autre au contraire (obs. X) qui lui a été communiquée par Lehmann (péricardite.)

Ricord, dans ses cliniques, a de son côté signalé

(1) Archives générales de médecine, 1854.

(2) Gazette médicale, 1858.

l'existence possible des complications qui nous occupent, mais il n'a pas, comme le fait observer M. Lacassagne, laissé d'observations pour affirmer son assertion.

Selon Suquet (1), un travail aurait paru de Bonnière (2), mais de même que M. Lacassagne nous n'avons pu nous procurer ce mémoire. En 1858 M. Hervieux avait publié une observation fort authentique.

Tixier (3), dans sa thèse, publiée à la page 82 une observation dans laquelle une récurrence d'accidents articulaires au cours de la blennorrhagie fut suivie de sciatique, puis de péricardite, et il relate à la page 58 une observation fort intéressante et fort probante de Lorain.

Wœleker signale chez un malade un dédoublement à la pointe du cœur au cours d'accidents articulaires blennorrhagiques. M. le Dr Desnos (4) publie en 1874 une observation très probante d'accidents cardiaques survenus au cours d'une blennorrhagie chez un sujet indemne lui, aussi bien que ses ascendants, de toute manifestation rhumatismale. Le même auteur (5) lit à la Société médicale des hôpitaux en 1877 l'histoire d'un malade à peu près semblable au premier.

(1) De la blennorrhagie dans ses rapports avec les accidents rhumatismaux, thèse de Paris, 1868.

(2) Bonnière. Étude théorique et pratique de la blennorrhagie de nature rhumatismale.

(3) Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie, 1866.

(4) Desnos et Lemaitre (Progrès médical, 1874). Rhumatisme blennorrhagique avec complication cardiaque.

(5) Union médicale, 10 janvier 1878.

En 1872 M. Laccassagne, médecin militaire, publie une observation de péricardite ; en 1876 M. Marty (1) fait connaître un cas dans lequel un rhumatisme blennorrhagique s'est compliqué d'endocardite.

M. Fournier (2) malgré qu'elles soient très rares dit-il, admet cependant l'existence possible de cardiopathies blennorrhagiques.

M. Besnier (3) dans son article rhumatisme blennorrhagique, s'exprime de la façon suivante : « Toutes les cardiopathies du rhumatisme et tous les accidents qui leur appartiennent peuvent émaner du rhumatisme blennorrhagique ; c'est là un fait qu'il est inutile de contester. Il suffit de reconnaître que dans le rhumatisme subaigu en général et dans toutes les manifestations extra-articulaires du rhumatisme, les cardiopathies sont infiniment moins fréquentes que dans les formes articulaires, et qu'au lieu de constituer la règle comme dans le rhumatisme primitif elles constituent l'exception, C'est là un fait précis sur lequel il nous paraît oiseux d'insister plus longtemps.

Dans l'article endocardite du dictionnaire de Dechambre (4-5) nous trouvons le passage suivant : « j'ai acquis par un exemple où les choses se sont passées

(1) Archives générales de médecine, 1872.

(2) Archives générales de médecine, 1876.

(3) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Blennorrhagie.

(4) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 3^e série, t. IV ; 2^e partie, p. 806.

(5) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. XVIII, 2^e partie, p. 425.

sous mes yeux, la conviction que le rhumatisme blennorrhagique est comme l'autre susceptible de complication cardiaque et que celle-ci peut devenir l'origine d'une maladie chronique organique du cœur. »

M. le professeur Jaccoud, dans son article Péricardite (1), s'exprime dans les termes suivants : Beaucoup d'auteurs se refusent encore à admettre comme démontré que le rhumatisme blennorrhagique puisse se localiser sur le cœur. L'existence de ces cardiopathies dans la blennorrhagie, affirmée par Ricord, a été niée par Fournier. J'ai pour ma part observé des faits qui quoique en petit nombre, m'ont paru entraîner la conviction dans le sens de l'affirmative. »

On trouve encore dans les annales de Schmids (2) un cas de Gunz sur la péricardite blennorrhagique. Morel (3), dans sa thèse, cite deux observations nouvelles recueillies dans le service de M. le professeur Brouardel à St-Antoine. Puis apparaît un excellent mémoire de M. Talamon (4) dans la Revue des sciences médicales ; deux observations sont lues à la Société clinique en 1882 par M. Dérignac (5) qui fait, à propos de la seconde, des réflexions que nous aurons l'occasion de reproduire à notre article Pathogénie.

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXVI, p. 583.

(2) Annales de Schmids, 1867. — Gunz. Péricardite blennorrhagique.

(3) Thèse de Morel, 1878.

(4) Talamon. Revue de médecine, 1878. — Revue sur les arthrites blennorrhagiques et les complications cardiaques.

(5) Mémoires de la Société clinique, 1882. — France médicale, 1882.

Enfin on trouve éparses çà et là quelques observations dans les thèses de Chevalier, (1875), de Vi-dort (1875), de Gries (1875) et de Dupouy (1875).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Observ. III du mémoire de Brandès, de Copenhague).

Le 24 novembre 1844, P. M..., entrant à l'hôpital. C'était un homme robuste, âgé de 29 ans. En 1838, il avait eu un chancre vénérien qui avait été traité au même hôpital par des toniques seulement, et qui n'avait pas été suivi des symptômes de l'infection syphilitique.

En 1840, et pendant qu'il était en Normandie, il avait contracté la blennorrhagie; après qu'elle eût duré six semaines et lorsque déjà, sous l'influence du copahu, l'écoulement commençait à disparaître, il avait été pris d'un rhumatisme qui, d'abord, affecta le genou droit, puis le gauche, puis les articulations du pied et du second doigt de la main gauche. Il n'avait jamais eu auparavant de rhumatisme et ses parents n'avaient pas souffert de cette maladie, ses douleurs durèrent trois mois. Il n'y eut pas de fièvre. Quand il entra à l'hôpital, il avait un écoulement urétral avec légère tuméfaction des glandes inguinales du côté droit; sous l'influence du copahu l'écoulement diminua; mais, le 6 décembre, quinze jours après le commencement de l'écoulement, il apparaît une tuméfaction notable des deux genoux avec un épanchement séreux incomplet dans les capsules. Il n'y avait pas de fièvre, mais un léger embarras gastrique causé par le copahu. Les vésicatoires appliqués sur les genoux, le vin de colchique, des bains sulfureux, des sangsues, l'onguent d'iodure de potassium et de mercure, l'emplâtre de ciguë, etc., amendèrent la maladie, mais ne la guérèrent pas. L'écoulement cessa sous l'influence des injections de nitrate d'argent et de sulfate de zinc.

Le malade quitta l'hôpital vers la fin du mois de mars 1845,

les articulations qui avaient été prises étaient encore un peu raides. M. M... fut vite rétabli.

En 1847, M. M... contracte une nouvelle blennorrhagie et huit jours ne s'étaient pas écoulés qu'il ressentait des douleurs dans les articulations des genoux, du coude gauche et des mains. Il entra alors à l'hôpital Frédéric. Beaucoup de moyens furent mis en usage pour combattre la maladie, mais ils semblaient aggraver l'état du malade. Le pouls fut plus dur et plus fréquent (100 pulsations), et par l'auscultation on entendait le premier bruit du cœur prolongé et rude et il y avait des palpitations. Application de ventouses scarifiées; après quelques jours, ces symptômes disparurent. Puis, emploi de l'iodure de potassium qui n'eut pas d'action sur le rhumatisme. Dans le courant de son séjour à l'hôpital, le malade fut atteint, au mois d'octobre, de conjonctivite à l'œil gauche, qu'on traita par des sangsues à la tempe et un vésicatoire derrière l'oreille. Au commencement de novembre, lorsque les douleurs articulaires étaient bien amendées, on traita l'écoulement par des injections au nitrate d'argent (0.25 pour 30 gr.). Quand le malade quitta l'hôpital, le 7 décembre, l'écoulement avait à peu près disparu et les mouvements des articulations à peu près libres.

OBSERVATION II (Obs. X de Brandes, communiquée par Lehmann).

Homme de 50 ans. Depuis dix ans, cinq gonorrhées suivies chaque fois d'arthropathies graves.

Nouvel écoulement et bientôt après, douleurs violentes, gonflement de plusieurs articulations surtout du genou. En même temps, forte fièvre. Insomnie. Délire revenant par paroxysmes. A ces symptômes se joignit quelques jours après une ophthalmie ayant la forme d'une inflammation catarrhale de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Mais, outre les arthropathies et l'ophthalmie, on constatait une péricardite notable; le bruit de frottement fut très fort; les battements du cœur furent irréguliers; la percussion donna un son mat dans une plus grande étendue; il y avait des palpitations et des douleurs dans la région précordiale; pouls accéléré et tendu. Saignée de quatre palettes. Un paquet de 10 centigr. de calomel et six centigr. d'opium toutes les deux

heures. Par l'emploi de ces moyens, les symptômes locaux de la péricardite, ainsi que l'état général du malade, s'améliorèrent notablement; mais en même temps il se forma une inflammation exsudative de l'iris de l'œil droit, il y avait du pus dans la chambre antérieure de cet œil et l'iris fut accolé en trois ou quatre endroits à la capsule du cristallin par des adhérences fibrineuses. Les adhérences furent heureusement détachées par une forte solution de sulfate d'atropine (20 centigr. pour 30 gr. d'eau) instillée toutes les deux heures. La résorption de l'hypopyon se fit sous l'influence d'onctions à l'onguent napolitain avec de l'opium.

Huit jours après, l'inflammation de l'œil gauche cédait aussi à l'atropine, donnée cependant d'une manière moins énergique. Les ophthalmies ainsi que la maladie du cœur disparurent complètement, mais une grande débilité des extrémités inférieures persista pendant longtemps, tellement que trois mois après, le malade était obligé de se soutenir avec des béquilles.

OBSERVATION III (Hervieux. Gazette médicale de Paris, 1858, p. 354).

Merkels, âgé de 23 ans, ébéniste, est entré le 6 mars 1858, à l'hôpital du Midi. Il est atteint depuis trois semaines d'une blennorrhagie qui s'est compliquée depuis cinq jours de douleurs articulaires principalement localisées dans le genou droit. Au moment de l'arrivée du malade, l'écoulement ne présente qu'une médiocre intensité. Nous dûmes le négliger pour nous occuper du genou qui était déjà gonflé et douloureux. Néanmoins il n'existait encore à cette époque, aucun appareil fébrile. L'appétit était conservé. Notre premier diagnostic fut donc celui-ci : Arthrite blennorrhagique du genou droit.

Traitement. — Frictions avec onguent napolitain et l'extract de belladone, cataplasmes. Immobilité absolue du membre malade.

Jusqu'au 13 mars, même état et même traitement.

13 mars. Le malade n'a pas dormi de la nuit, il a souffert dans les deux genoux et dans les diverses jointures des membres supérieurs et inférieurs. Fièvre intense. Langue saburrale,

inappétence. Soif vive. Bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps. Pulsations cardiaques très sensibles à la palpation au-dessous du mamelon gauche. Chiendent nitré, une pilule d'extrait thébaïque pour la nuit, cataplasmes sur les genoux.

Les jours suivants, cet état général persiste, mais le gonflement et la rougeur se pronocent davantage sur les deux genoux; les articulations tibio-tarsiennes sont également gonflées et douloureuses, la droite est surtout le siège d'une teinte rosée très manifeste. Aux membres supérieurs, c'est dans le poignet et l'épaule gauche que les douleurs sont le plus vives. Le poignet gauche est visiblement tuméfié.

Le 18. Toute trace de gonflement a disparu dans les membres supérieurs. Les deux genoux sont les seules articulations tuméfiées et douloureuses.

Le 21. Il paraît exister une certaine quantité de liquide dans la synoviale du genou droit, le genou gauche est revenu presque complètement à l'état normal. Vésicatoire volant sur le genou droit.

Le 28. Mieux sensible dans l'état général et local. L'épanchement articulaire du genou droit est presque entièrement résorbé. Pas de fièvre. Appétit. Absence totale de douleurs.

6 avril. Le malade qui était en voie de convalescence est descendu la veille au jardin; mais en rentrant, il a été pris de frissons. Les douleurs articulaires se sont manifestées de nouveau, particulièrement dans le genou droit, l'épaule et le poignet gauche. Fièvre modérée. Persistance du souffle cardiaque. Chiendent nitré. Cataplasmes.

Le 12. Tous les symptômes du rhumatisme ont disparu, mais le bruit de souffle au premier temps à la région précordiale persiste. L'écoulement blennorrhagique qui a persisté pendant toute la durée de l'affection rhumatismale existe encore quoique peu prononcé. Le malade demande sa sortie.

OBSERVATION IV (de Lorain, citée par Tixier dans sa thèse, p. 58).

M. le professeur Lorrain nous rendait dernièrement compte de l'histoire d'un malade entré l'année dernière à son service,

à l'hôpital Saint-Antoine. Les lésions furent beaucoup plus profondes que dans le cas de M. Hervieux, et en les rapprochant l'un de l'autre, nous suivons les différents degrés des altérations que peut subir l'organe central de la circulation. C'était un homme de 29 ans, d'une bonne constitution et qui n'avait jamais eu aucun accident rhumatismal.

Il contracte une chaude pisse qui s'accompagne d'un écoulement assez considérable; il fit des injections qui amenèrent une notable diminution de l'écoulement. Peu après, il fut pris de douleurs rhumatismales qui se généralisèrent. Ces dernières cédèrent bientôt ou tout au moins diminuèrent beaucoup et, à ce moment, se produisit une complication cardiaque avec bruit de souffle et troubles circulatoires qui donnèrent lieu consécutivement à des signes d'insuffisance mitrale avec hypertrophie notable.

Plus tard, apparurent des troubles généraux graves. Le malade quitta l'hôpital dans un état désespéré et succomba quelques jours après. M. Lorain crut devoir rattacher tous ces phénomènes au fait de la blennorrhagie.

OBSERVATION V (rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques; accidents encéphaliques. Desnos et Lemaître, Progrès médical, 1874).

Le nommé L... (Octave), âgé de 35 ans, homme d'équipe au chemin de fer d'Orléans, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 12, le 14 mars 1874. Les parents du malade sont bien portants et très âgés; il est d'une bonne constitution et a ordinairement une bonne santé. Il ne boit pas et ne rapporte comme antécédents pathologiques qu'une pneumonie en 1863, de laquelle il n'a jamais souffert depuis. Il n'a eu ni scarlatine, ni chorée, ni douleurs articulaires.

Un mois et demi avant son entrée, il a contracté une blennorrhagie avec phimosis. C'était, affirme-t-il, la première. L'écoulement était très abondant. Il n'a cependant jamais beaucoup souffert en urinant. Pour traitement, après avoir bu de la tisane pendant huit jours, il a fait jusqu'à cinq ou six injections

Delprat.

par jour. Ces injections, dont il ignore la nature, étaient très caustiques. Il employa ce traitement pendant une quinzaine de jours et finit par avoir à peu près raison de son écoulement.

Quoiqu'il put continuer son travail, il éprouvait du malaise et avait perdu l'appétit, lorsque le vingt-cinquième jour de sa blennorrhagie, il fut pris de frissons et fut obligé de quitter ses occupations. Il entra chez lui et se coucha, en proie à une fièvre intense.

Bientôt il éprouva des douleurs qui, occupant d'abord la continuité des membres inférieurs, augmentèrent rapidement d'intensité et se localisèrent dans les genoux et les hanches.

Plus vives dans le genou gauche qui paraissait tuméfié, elles s'exagéraient au moindre mouvement. Elles se calmèrent au bout de quelques jours, puis apparurent dans les épaules et dans le cou, avec moins d'intensité. Le malade garda le lit pendant quinze jours, et enfin entra à l'hôpital.

A ce moment, L... a recouvré son appétit, ses douleurs articulaires ont à peu près disparu. Le genou gauche a augmenté de volume, il y a du liquide dans cette articulation, mais en petite quantité. La pression ne provoque pas de douleurs. La marche seule est pénible. Les autres articulations n'offrent rien de particulier à signaler.

Du côté des organes génitaux, les phénomènes aigus se sont amendés. Il est toutefois facile en comprimant le canal de l'urèthre d'en faire sortir une grosse goutte de pus.

Au cœur, on trouve un bruit de souffle assez rude dont le maximum est à la base et au premier temps. Ce souffle se propage au bord gauche du sternum jusqu'à la deuxième articulation chondro-costale droite. On entend aussi un bruit moins fort à la pointe, mais il est manifestement un retentissement du premier, parce que, à la pointe, il n'y a pas de maximum et qu'il n'y a pas d'irradiation dans l'aisselle. Le souffle de la base ayant tous les caractères d'un bruit solidien est donc symptomatique d'un rétrécissement aortique. Les fonctions du système circulatoire paraissent exister normalement. On n'observe rien du côté des poumons.

Du 13 au 20 mars, on ne trouve aucune diminution du bruit de souffle. Les douleurs du genou cessent peu à peu, le malade

peut marcher et descendre dans les cours. L'appétit est excellent. Sous l'influence du cubèbe l'écoulement cesse tout à fait.

Le malade demandait son départ, lorsque le 24 au soir, sans que rien ait pu faire prévoir les accidents auxquels on allait assister, il est pris de phénomènes syncopaux formidables qui présentent les caractères suivants : tout à coup cet homme pâlit, rejette la tête en arrière, les pupilles sont dilatées, les yeux convulsés en haut. La respiration s'accélère, devient bruyante, puis se ralentit et en même temps, les battements du cœur faiblissent et se suspendent durant quinze à trente secondes, puis redeviennent perceptibles et s'accroissent peu à peu. Bientôt une inspiration profonde survient, la face rougit, devient vultueuse, se couvre de sueurs et l'accès se termine par des convulsions cloniques qui agitent la face, les membres et le tronc, pendant quelques secondes. La durée de l'attaque est environ d'une minute, temps pendant lequel le malade a complètement perdu connaissance. L'accès terminé, le malade se plaint de céphalalgie et de courbature. Une nouvelle attaque a lieu pendant la nuit. Au matin, elles se répètent et deviennent de plus en plus nombreuses.

Le 25 mars, pendant la visite, on est témoin de plusieurs attaques, elles se multiplient pendant la journée et arrivent en moyenne à douze en une heure. Pendant la nuit suivante elles deviennent encore plus nombreuses, mais semblent diminuées de durée.

Le 26, à partir de 7 heures du matin, le malade semble aller mieux. Les attaques sont moins nombreuses, nous en observons pourtant plusieurs. Elles sont moins longues que celles dont nous avons été témoins la veille. La face du malade pâlit. Il a des convulsions épileptiformes de la face ; le pouls et la respiration s'arrêtent, mais seulement pendant quelques secondes, puis la face se colore légèrement et le malade revient à lui. Après chaque accès L... se plaint de malaise et de céphalalgie, mais il ne se souvient pas de ce qui lui vient d'arriver. Pendant les attaques il est complètement insensible.

Dans la soirée les accès deviennent plus courts et moins nombreux. Le malade n'a guère que de simples absences. En parlant il s'arrête tout à coup, laisse tomber sa tête en arrière. La

respiration se suspend, le cœur se ralentit, puis bat bruyamment. Une profonde inspiration survient et le malade ouvre les yeux. Il n'a aucune notion de ce qui vient de lui arriver.

Le 27 mars. Les accès ont cessé pendant la nuit, céphalalgie, courbature, penchant invincible au sommeil.

L'examen du cœur fait dans l'intervalle des accès et dès leur apparition a révélé un nouveau bruit de souffle à la base et au second temps. Ce bruit est rude et râpeux. En même temps le souffle du premier a augmenté d'intensité, au rétrécissement s'est ajoutée une insuffisance aortique.

Le 27, jour où ont cessé les accidents encéphaliques, on remarque une poussée aiguë du côté du genou gauche qui était entièrement guéri. La douleur est assez vive pour empêcher le sommeil.

Le 3 avril. L'articulation est rouge, tuméfiée et contient une assez notable quantité de liquide. Frictions avec une pommade à l'extrait de belladone et à l'extrait de ciguë. Les douleurs se calment au bout de quelques jours. Du 15 avril au 5 mai la tuméfaction disparaît peu à peu. Le malade se lève, son appétit est excellent. Il part pour Vincennes le 1^{er} mai. Les bruits anormaux de la base existent toujours, mais sont beaucoup moins marqués.

OBSERVATION VI (empruntée au mémoire de Marty, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce, Archives générales de médecine, 1876).

Le nommé D..., ouvrier d'administration, âgé de 22 ans, est entré à l'hôpital dans le service de M. Poncelet de Cluny. Les antécédents du malade sont satisfaisants. Du côté de sa famille il n'accuse aucune attaque rhumatismale chez ses parents et aucune maladie du cœur. Il n'a jamais eu de rhumatismes, ni la scarlatine, ni la variole, tempérament lymphatique. Vers l'âge de 5 ans, dit-il, il avait un peu de difficulté pour courir. Il survenait de l'essoufflement et des battements de cœur. Depuis l'âge de 7 ans ces phénomènes n'ont pas reparu. Boulanger, il enlevait des sacs assez lourds, faisait de longues courses, supportait toutes les exigences de son métier sans jamais en souffrir.

Il contracta sa blennorrhagie le 15 août. Elle eut, dit-il, huit jours d'incubation. L'affection appartenant aux formes de moyenne violence. Douleurs peu vives, écoulement assez abondant.

Pas de phénomènes généraux, le traitement reposa sur les balsamiques et les injections. Quelques jours après se manifestèrent quelques phénomènes d'embarras gastrique, aucune autre complication ne survint. Du 17 août au 22 septembre la blennorrhagie suit sa marche ordinaire.

Le 22 septembre. Frissons violents, répétés, céphalalgie intense. Le pouls est fort, plein, fréquent, inappétence. Diarrhée assez abondante, les organes sont sains.

Le 24. Céphalalgie, peu de sommeil, quelques cauchemars, langue blanche, mais humide, appétit nul, courbature générale, le facies est bon, l'intelligence nette, pouls fréquent, plein, sans irrégularité.

Le 25. Même état général. T. mat. 39,1 soir 39,9. Pas d'anxiété précordiale. Le premier bruit à la base semble un peu sourd.

Le 26. T. mat. 38,7 soir 40,1. Le bruit de la base s'altère.

Le 27. T. mat. 38,4, soir 39°

Le 28, T. mat. 38,6, soir 39,6. Le diagnostic endocardite, est porté, nous avons un souffle nettement systolique, râpeux, avec son maximum précis, au niveau de la troisième côte, près de l'articulation chondro-sternale gauche. Il ne se propage pas vers la pointe où les deux bruits sont absolument nets. Le souffle se propage vers l'aorte. Le facies se maintient bon, le malade ne semble pas incommodé par les hautes températures, langue humide, pouls plein et fort, urine fébrile.

Traitement, vésicatoire camphré à la région précordiale, orge nitré, teinture de digitale 10 gouttes, pansement du vésicatoire à la teinture d'iode.

Le 29. T. mat. 38,6, soir 39,4, même état.

Le 30. T. mat. 38,6, soir 39,5, pouls 104. Ni oppression, ni toux, sueurs, carphologie.

Le 1^{er} octobre. Pouls 82. T. mat. 37,4, soir 38,9.

Le 2. T. mat. 37,4, soir 38,9. Digitale, pouls régulier, léger frémissement à la pointe, pas de courbature. L'état du cœur

est le même. Le souffle cardiaque est toujours très prononcé mais reste simple; un peu d'appétit et de sommeil.

Le 3. T. mat. 37,4, soir 38,3, un peu d'oppression et de gêne sous la poignée du sternum.

Le 4. T. mat. 37, soir 38. Vomissements à deux reprises, nausées presque continuelles le matin, anorexie, langue blanche, céphalalgie, constipation.

Le 5. Pouls 80. T. mat. 37, soir 38,7. Facies un peu altéré, langue blanche, douleur présternale; le pouls est plein, intermittent, deux vomissements.

Le 6. T. mat. 37, soir 39,4. Reprise brusque de la fièvre, palpitations pour la première fois; sueurs nombreuses, le soir. Anorexie, abattement, constipation.

Traitement 3 pilules de digitale, 2 pilules de sulfate de quinine.

Le 7. Pouls 90 le matin. T. mat. 37,4, soir 39, palpitations, angoisse précordiale, facies altéré.

Le 8. T. mat. 37,3, soir 39. Peu de sommeil, sueurs abondantes le soir. L'éréthisme cardiaque paraît céder un peu. Pas de palpitations, le bruit de souffle cardiaque est plus fort, on l'entend à la pointe.

Le 9. T. mat. 37,7, soir 38,8. Toujours quelques sueurs le soir, pas d'intermittence du pouls.

Le 10. T. mat. 37,2, soir 37,8. Sueurs abondantes la veille, le souffle présente les mêmes caractères, amélioration notable de l'état général.

Du 11 au 21. L'état général s'améliore de jour en jour, l'appétit revient, mais l'état local reste le même, le pouls présente toujours des inégalités, le bruit de souffle persiste.

En résumé, l'état pris en date du 23 nous donne les résultats suivants : Etat général satisfaisant, mais le malade est considérablement affaibli. Le souffle est peu modifié, peut-être est-il un peu moins rude, le pouls est lent, inégal, l'écoulement urétral a totalement disparu.

Le 26. L'amélioration se maintient, mais l'écoulement reparaît. Le souffle s'adoucit un peu.

OBSERVATION VII (lue par M. Desnos à la Société médicale des hôpitaux, 9 novembre 1877).

« Messieurs, dit-il, l'histoire des rapports de la blennorrhagie avec les affection du cœur est encore incomplète, peu connue, bien qu'ils aient été dans ces dernières années l'objet de quelques communications. C'est qu'il s'agit ici d'une catégorie de faits assez rares. J'ai donc pensé qu'il serait de quelque intérêt pour la Société de connaître les particularités cliniques et anatomo-pathologiques d'une de ces observations exceptionnelles.

« Ainsi que vous le savez, l'endocardite, chez les sujets affectés de blennorrhagie peut survenir de deux façons différentes. Dans certains cas l'endocardite se produit chez des individus atteints de blennorrhagie sans qu'il soit possible de saisir les rapports qui relient l'affection du cœur, avec celle du canal de l'urèthre. On est réduit à une simple constatation sans pouvoir saisir les liens pathogéniques qui unissent deux lésions si différentes et de siège si éloigné l'une de l'autre. Ce sont surtout les faits de cet ordre qu'a eus en vue notre collègue Lacassagne dans un mémoire inséré dans les Archives de médecine, il y a quelques années.

D'autres fois on trouve comme intermédiaire entre l'endocardite et la blennorrhagie, les arthropathies. Ces cas sont peut-être plus rares. Toutefois le hasard m'a servi ; j'ai pu étudier un de ces cas en 1874, son histoire a été publiée dans le *Progrès médical*.

Chez un individu atteint d'arthrite blennorrhagique, nous vîmes se développer une affection du cœur dont les signes physiques indiquaient un rétrécissement de l'orifice aortique qui ne tarda pas à s'accompagner de phénomènes syncopaux et de convulsions épileptiformes qui se répétèrent à plusieurs reprises pendant trois jours. Il y avait lieu de les attribuer à des embolies capillaires des artérioles du bulbe, ou plus probablement à une ischémie bulbaire, engendrée par le rétrécissement aortique. Le malade triompha des accidents nerveux qui mirent sa vie en danger, sortit guéri de sa blennorrhagie et de son arthrite, mais

en conservant les signes physiques de son rétrécissement de l'aorte.

Je viens d'observer un nouveau cas d'endocardite survenu au cours d'arthrites blennorrhagiques, il m'a fourni l'occasion de recueillir une pièce anatomo-pathologique que je place sous les yeux de la Société.

Il y a environ un mois, entra à mon service à l'hôpital de la Pitié, un homme atteint d'une bronchite aiguë qui paraissait simple. Quelques jours plus tard, il se plaignit d'une douleur assez vive dans l'épaule, douleur que j'attribuai aux mêmes causes de refroidissement qui avaient déterminé sa bronchite. Cette douleur commençait à s'amender lorsqu'il en accusa une non moins vive du côté de l'articulation sterno-claviculaire du même côté gauche. Il existait en effet en ce point une douleur vive, spontanée, en même temps que de la rougeur à la peau et du gonflement. Nous nous trouvions en face d'une inflammation de l'articulation sterno-claviculaire ; sachant combien cette arthropathie est rare en dehors d'une attaque de rhumatisme aigu très généralisé ou d'un traumatisme, à moins d'une manifestation du rhumatisme blennorrhagique, instruit par le souvenir d'une arthrite blennorrhagique que j'avais précédemment observée, je songai à la possibilité d'un écoulement urétral. Cet écoulement existait en effet.

Pour moi, le diagnostic n'était plus douteux, il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique cantonné dans un petit nombre d'articulations chez un individu exempt jusqu'alors d'accidents rhumatismaux, car les antécédents ont été interrogés avec soin. Pendant l'existence de cette arthrite sterno-claviculaire qui présentait d'ailleurs une certaine résistance à un traitement approprié (embrocations, narcotiques, vésicatoires volants), ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, le malade se plaignit tout à coup de dyspnée assez violente, de palpitations. L'état de la bronchite, qui à cet instant présentait une amélioration momentanée, ne rendait pas compte de cette oppression. Au contraire, les battements du cœur étaient devenus tumultueux, irréguliers, et on entendait, à la pointe, un bruit morbide, dont, en raison du volume du cœur, il était difficile de préciser la nature et la signification. Était-ce un bruit de galop péricardique ou un roule-

ment ? Cependant les battements du cœur étaient devenus plus lents, il devint évident pour moi qu'il s'agissait d'un de ces bruits de roulement qu'on donne comme signe du rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Le bruit a été constaté maintes fois, non seulement par moi, mais par d'autres personnes, notamment par les concurrents au bureau central auxquels j'ai donné le malade à examiner.

Peu de temps après que nous avons reconnu cette affection cardiaque, le malade commença à s'affaiblir, il présentait une fièvre avec de grandes oscillations thermométriques et je songai, en voyant sa prostration, à une endocardite ulcéreuse s'accompagnant des phénomènes typhoïdes qui lui sont propres et aujourd'hui bien connus.

Mais la marche ultérieure de la maladie ne tarda pas à me faire abandonner ce diagnostic et à reconnaître que mon malade présentait les symptômes d'asystolie que nos efforts étaient impuissants à combattre. Effectivement, en même temps que le pouls radial s'accélérait, devenait très faible, très petit, les extrémités, les mains même s'œdématisaient sans qu'il y eût d'albuminurie. La bronchite, momentanément améliorée, présentait une recrudescence et se transformait en congestion œdémateuse qui se traduisait par de la dyspnée, par de très nombreux râles sous-crépitants qu'on percevait des deux côtés de la poitrine. L'asphyxie, lente d'abord, fit ensuite des progrès rapides et emporta le malade, environ un mois après son entrée à l'hôpital.

Voici ce que révèle l'autopsie : Les deux poumons rouges ne revenant pas sur eux-mêmes après l'ouverture de la poitrine laissaient suinter en tous leurs points, sous l'influence de la pression, un liquide d'un rouge pâle extrêmement spumeux.

Le péricarde était sain. Mais la valvule mitrale, ainsi que vous pouvez le voir, présentait sur la partie moyenne, à quelques millimètres du bord libre de sa valve antérieure une végétation du volume d'une lentille qui pouvait entraver le jeu de la valvule et expliquer par ses rugosités le bruit de roulement perçu pendant la vie. Mais il existait en outre à l'orifice aortique, des lésions que l'auscultation ne nous avait pas révélées, en raison peut-être des nombreux bruits pulmonaires qui avaient envahi

la région précordiale et rendu impossible pendant les derniers temps la vie, l'auscultation du cœur.

Si en effet on regarde par la cavité ventriculaire la face inférieure des valvules aortiques, on perçoit une végétation grisâtre, très adhérente à cette valvule, faisant corps avec elle, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par des tractions opérées à l'aide d'une pince.

En examinant ces mêmes valvules par leur face supérieure, on voit également faire saillie dans la cavité de l'aorte, une autre végétation du même volume que la précédente, du même aspect grisâtre et non moins adhérente. Les valvules aortiques étaient tout à fait insuffisantes, j'en ai fait l'expérience.

Comme je voulais présenter cette pièce anatomique dans toute son intégrité, l'examen histologique n'a pas été fait. Cependant, en pressant ces végétations avec une pince et en exerçant de légères tractions, il est facile de voir, même à l'œil nu, qu'elles ne sont point entièrement constituées par des éléments hyperplasiques et que de la fibrine coagulée entre pour une certaine part dans leur composition.

OBSERVATION VIII (obs. XIII de Woelcker sous ce titre: Arthrites blennorrhagiques multiple du torse, de l'épaule, des articulations sterno-claviculaires et temporo-maxillaire gauche.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, d'une mauvaise constitution, d'un tempérament lymphatique très prononcé. Entre le 17 décembre 1867 dans le service de M. Pidoux, à la Charité. Vers le mois d'octobre, pour la 3^e fois, l'écoulement blennorrhagique avait commencé, et le 10 décembre les douleurs articulaires s'étaient manifestées.

A son entrée à l'hôpital, on constate un pouls légèrement fréquent, pas de chaleur à la peau. Du côté du cœur, dédoublement du premier bruit à la base, sans impulsion.

Le 20. Etat légèrement fébrile. Pouls fréquent, 110. Petit.

Le 30. Le malade marche difficilement. Etat général excellent. Encore quelques douleurs articulaires vers l'épaule. L'appétit et le sommeil sont bons, il n'y a plus rien au cœur.

OBSERVATION IX (relatée dans la thèse de Woelcker).

X... fut atteint d'une blennorrhagie qui ne tarda pas à se compliquer de rhumatisme. Au bout de quatre semaines, il éprouva tout à coup une douleur à la pointe du cœur. L'auscultation révéla l'existence d'un bruit de souffle très net au premier temps. Soumis à un traitement sérieux, on amena en trois semaines une anélioration notable dans l'écoulement, et, chose remarquable, une disparition totale du bruit de souffle mitral.

OBSERVATION X (Lacassagne. Archives de médecine, 1872).

T... (Alexis), sapeur au 2^e génie, âgé de 21 ans, entre le 18 juillet 1871 à l'hôpital Saint-Eloi, service de M. Lacassagne. C'est un garçon d'une bonne constitution. Jusqu'au moment de la dernière guerre s'est toujours bien porté, sauf quelques chaudes-pisses sans complications. Pendant sa captivité en Prusse, il a eu une pneumonie, des fièvres intermittentes et la dysenterie. Sous l'influence du froid auquel étaient exposés tous ces soldats couchés sur la terre nue, il a ressenti quelques douleurs articulaires. C'est la seule fois qu'il a pu constater des douleurs rhumatismales. Dès sa jeunesse il était sujet à éprouver quelques palpitations quand il courait ou montait un escalier. Tels sont ses antécédents.

A ce moment, il avait une assez forte diarrhée qui attira tout d'abord l'attention. Mais deux jours après, il accusa de vives douleurs constrictives en barre à la base de la poitrine et une sorte d'angoisse précordiale. Position horizontale impossible. Le malade reste assis sur son lit. Dans la poitrine il n'y a qu'un peu de bronchite. Pour le cœur, on sent à la palpation un frémissement caractéristique, la mobilité est plus étendue et enfin on entend un bruit de galop parfaitement accusé. Le bruit systolique est normal, peut-être un peu soufflé. Le second bruit est un frottement post-systolique occupant le petit silence. Le

3^e bruit était le 2^e son normal. Il y avait en même temps de la céphalalgie et de la fièvre. T. 39, 3. Pouls, 106.

La maladie évolue régulièrement. De temps en temps, accès de palpitations, syncopes. Le premier jour on applique des ventouses scarifiées, puis on donne des calmants et un peu de digitale.

Le 25, le malade est relativement mieux. T. normal, 37, 2.

A la visite il nous apprend qu'il a constaté en s'éveillant un écoulement urétral assez abondant; et alors il raconte pour la première fois qu'il avait une blennorrhagie avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le jour même où a commencé sa maladie. Pendant tout le temps de la péricardite il n'a pas trouvé la moindre trace d'écoulement, et le 25 au matin il a été très étonné de le voir reparaître.

A partir de ce moment, les signes de la péricardite ont disparu et la blennorrhagie a évolué régulièrement.

Sans avoir au cœur de signes stéthoscopiques appréciables, le malade est toujours sujet aux palpitations. L'organe central est tel que nous l'avons constaté le jour de son entrée, le 19.

Le 6. A 2 heures de l'après-midi, il ressent de violentes palpitations qui durent toute la nuit et empêchent le sommeil. Elles ne disparaissent que le 7 au matin. Pendant ce temps, l'écoulement blennorrhagique s'apaise.

Le 7. A la visite du matin, l'écoulement est insignifiant.

Le 8. Submatité à la percussion dans la région précordiale. A l'auscultation le 1^{er} ton est légèrement soufflé. Ecoulement presque nul. Bromure de potassium, 1 gr. 50. Digitale.

Le 10. On commence les injections uréthrales, les palpitations sont moins fortes.

Cet état s'améliore chaque jour et, le 15, le malade va en convalescence. L'examen complet fait ce jour-là montre l'écoulement à peu près tari. Du côté du cœur pas de palpitations. A la percussion, rien d'anormal, à la palpation on sent surtout le bruit systolique et l'auscultation montre celui-ci un peu éclatant.

« Voilà le fait, ajoute l'auteur, une péricardite non douteuse succédant à une blennorrhagie. Celle-ci, arrêtée momentanément par l'affection du cœur, a recommencé à évoluer dès que la péricardite a eu cessé. »

OBSERVATION XI (VIII^e du Dr Tixier, sous ce titre : Blennorrhagie, accidents articulaires, récurrence, sciatique, péricardite).

A..., âgé de 24 ans, employé de commerce, entre à la maison de santé le 8 mars 1865, service de M. Cazalis. Il est blond, d'un tempérament lymphatique, il a toujours joui d'une bonne santé. Cependant, il y a sept ans, il aurait eu pour la première fois une petite atteinte de rhumatisme qui dura 10 à 15 jours ; depuis il n'avait jamais eu aucune manifestation rhumatismale.

Le 23 février apparaît un écoulement urétral. Il prit du copahu. Huit jours après il éprouva, dans les articulations des jambes et des bras, de vives douleurs avec légère tuméfaction et un peu de fièvre. Sous l'influence d'un traitement convenable, l'appétit est revenu.

L'état général est satisfaisant. L'écoulement continuait, il sort le 20 mars.

Le 27, il est obligé de revenir. Nouvelles douleurs. Le 28, la douleur retentit sur toute la longueur de la jambe, suivant la direction du nerf sciatique. Pas de fièvre ; le 4 avril il va très bien.

L'écoulement a diminué.

Le 14, il éprouve un malaise général, il a de la fièvre le soir, et le lendemain matin se déclare un sentiment de gêne à la région précordiale. Nous avons les signes d'un épanchement péricardique. Les bruits cardiaques sont sourds, éloignés de l'oreille, en même temps qu'ils présentent une certaine irrégularité ; le tout sans modifications dans le timbre. Vésicatoire.

La fièvre disparaît, mais la perturbation des bruits et des mouvements du cœur persiste.

Le 21. Nouveau vésicatoire. Poudre de digitale, 10 centigr.

Le 30, le malade allait beaucoup mieux, le sentiment de gêne précordiale s'était dissipé. Le lendemain, il était encore pris de douleurs légères dans le bras.

Le 10 mai, il ne souffrait plus et se levait.

OBSERVATION XII (de Morel, recueillie dans le service de
M. le Dr Brouardel).

Louis Paris, âgé de 35 ans, frappeur, entre dans le service le 24 octobre 1875, se plaignant de ressentir depuis trois jours une vive douleur dans la fesse gauche. Huit jours auparavant le 14 octobre il avait contracté une blennorrhagie. Ce malade est sujet aux attaques de rhumatismes. A l'âge de 19 ans il entra pour ce motif à l'Hôtel-Dieu. Plus tard, en 1868, à la suite de sa première blennorrhagie, il fut soigné à l'hôpital Beaujon pour des douleurs articulaires qui siégeaient surtout dans les genoux et dans les hanches.

En 1871, à la Pitié, rhumatisme articulaire aigu, indépendant de toute chaude-pisse, occupant surtout les pieds et les reins. Depuis 1871, ces douleurs rhumatismales sont revenues plusieurs fois, surtout après des changements brusques de température, mais sans forcer le malade à se mettre au lit. Il n'a jamais eu d'autres maladies aiguës, n'a jamais eu de palpitations; ne se rappelle pas que pendant son séjour à l'hôpital on ait particulièrement examiné son cœur, ni pris son tracé sphygmographique. Il est du reste très robuste, exerce un rude métier (frappeur), ne se plaint pas de fatigue ou d'essoufflement après l'ascension d'un escalier ou un exercice violent. Pas d'alcoolisme bien accusé. Un peu de pituite le matin; pas de sommeil, pas de tremblement.

24 octobre. Le malade ne se plaint absolument que de la douleur qu'il ressent dans la fesse gauche; elle est vive surtout la nuit, l'empêche de marcher, de fléchir le tronc. Elle est augmentée par la pression nettement limitée et paraît limitée dans l'articulation sacro-iliaque gauche. On fait sourdre une goutte de pus par le canal de l'urèthre, mais les douleurs à la miction ont disparu. Rien d'anormal à l'examen du cœur, pas de fièvre. Traitement: injections de morphine.

Les jours suivants la douleur persiste, à peine diminuée par les injections sous-cutanées.

Le 30. On ordonne 4 gr. de salicylate de soude.

3 novembre. La douleur de la fesse a diminué, mais le pied droit est gonflé et douloureux au niveau des articulations tibio-tarsiennes et métacarpo-phalangiennes.

Le 7. La douleur a quitté le pied et la fesse et s'est portée aux reins. L'examen du cœur qui était fait tous les jours fait constater, pour la première fois, un bruit de souffle léger au 1^{er} temps et à la pointe; de plus, quelques frottements peu accusés. Les bruits de la base n'ont subi aucune altération. Le cœur n'est pas hypertrophié. La pointe bat au niveau du mamelon un peu en dedans. Le malade n'accuse aucune sensation de malaise, ni d'oppression. Pas de fièvre, le tracé sphygmographique ne présente rien de caractéristique. L'écoulement urétral a entièrement disparu.

Le 12. Les douleurs ont envahi le poignet gauche et diminué dans le pied et les reins. Le souffle persiste sans augmentation notable. Frottements à la partie moyenne du cœur. Salicylate de soude, 8 gr.

Le 13. Le frottement diminue d'intensité, le souffle prend un caractère plus rude.

Le 16. Le malade accuse depuis deux jours un sentiment d'oppression; palpitations. Les grandes inspirations sont pénibles; quelques nausées, pas de fièvre. Le malade a pris 8 gr. de salicylate de soude chaque jour.

Le 17. Souffle plus intense au premier temps et à la pointe. Léger souffle au premier temps et à la base.

Douleurs plus fortes dans les reins; celles du poignet et des pieds ont disparu.

Le 19. Le souffle de la base augmente d'intensité, toujours pas de réaction.

Le 20. Mêmes signes stéthoscopiques. Le tracé présente un plateau qui traduit un rétrécissement aortique. Pouls régulier. Douleurs lombaires vives.

Les jours suivants le malade est dans le même état, ne se plaignant que de douleurs lombaires spontanées, non augmentées par la pression ou les mouvements, fortes surtout la nuit, d'où insomnie.

Du reste la santé est bonne, le malade se lève, mange deux portions. Un peu d'oppression.

Le tracé du 27 présente un plateau plus marqué.

2 décembre. Le souffle de la base est plus rude, celui de la pointe diminue; les autres bruits du cœur sont normaux. L'étendue de la matité n'a pas varié depuis le commencement de la maladie.

Le tracé du 3, comparé aux précédents semble révéler une tendance à l'insuffisance aortique, mais aucun phénomène stéthoscopique ne vient à l'appui. Ce jour-là comme tous les autres le malade ne présente aucune fièvre.

Le 11. Depuis quelques jours mieux notable, plus d'oppression, moins de douleurs lombaires; les souffles ont diminué d'intensité, aussi bien à la base qu'à la pointe.

Le 15. Le malade part pour Vincennes, ses douleurs sont maintenant très légères, le souffle de la base a beaucoup diminué, celui de la pointe a presque disparu.

OBSERVATION XIII (de Morel, recueillie dans le service de
M. le professeur Brouardel).

Le nommé B..., âgé de 20 ans, exerçant la profession de typographe, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Brouardel. Au point de vue des antécédents, il accuse avoir ressenti il y a un an dans le cours d'une blennorrhagie des douleurs rhumatismales siégeant dans le bras, le pied et le genou du côté gauche. Il habitait une chambre saine et bien aérée.

Les parents n'ont jamais eu de rhumatismes ni aucune affection cardiaque.

Environ trois semaines avant son entrée il a contracté une nouvelle blennorrhagie et au bout de huit jours il était atteint d'une conjonctivite double d'origine rhumatismale; on n'observait pas de sécrétion purulente. Des douleurs rhumatismales n'ont pas tardé à apparaître, d'abord dans le pied droit, puis dans le genou droit et enfin dans le genou gauche. L'écoulement très abondant au début et douloureux, diminue très rapidement.

12 mars. Nous constatons un épanchement dans les deux genoux, plus considérable à droite qu'à gauche. L'articulation tibio-tarsienne est prise et offre de l'œdème. Un bruit de souffle

est perçu dans le deuxième espace intercostal gauche, le maximum est à droite, on entend un bruit de galop. Le cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le sixième espace intercostal. Le bruit de souffle de la pointe et celui de la base sont perçus tous les deux au premier temps.

Le 13. Les articulations paraissent moins tuméfiées, le malade souffre moins.

Le 15. On trouve au cœur un roulement à la base qui masque le premier et le deuxième bruit; un tracé sphymographique offre tous les caractères d'une insuffisance aortique.

Cet état du cœur se maintient toujours à peu près le même jusqu'aux premiers jours d'avril. Durant cette période les douleurs articulaires diminuèrent de jour en jour; mais il y eut quelques accidents du côté de l'iris et de la cornée.

Le 27. Il y eut une amélioration du côté des yeux. Toute douleur avait disparu, la pupille se dilatait très bien et la cornée n'offrait plus de trace d'inflammation.

6 avril. Le malade annonce que les douleurs articulaires ont reparu aux mêmes points, mais qu'en fait d'écoulement il n'en existe presque plus.

A l'auscultation le roulement de la base n'existait plus; on trouvait seulement un peu d'insuffisance mitrale. Il resta encore à l'hôpital une quinzaine de jours durant lesquels on vit disparaître de nouveau les douleurs rhumatismales.

Le 22 avril, jour de sa sortie, l'écoulement ne consistait plus qu'en une goutte de pus le matin, mais il avait encore un léger souffle au premier temps à la pointe.

OBSERVATION XIV (de Dréignac, interne des hôpitaux, lue à la Société clinique.)⁽¹⁾.

B... (Antoine), 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 juillet 1881, salle St-Augustin, lit n° 22 bis service de M. le Dr Moutard-Martin.

Ce malade qui a contracté une blennorrhagie, il y a quelque temps, fut pris tout récemment de fièvre, dit-il, puis de douleurs

(1) Cette observation et la suivante ont été rédigées par nous d'après les notes de l'auteur car les observations détaillées n'ont pas encore paru dans les bulletins.

Delprat.

dans le genou droit, phénomènes qui le mettant dans l'impossibilité de travailler, l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

L'écoulement est assez abondant, verdâtre, l'articulation du genou est le siège de douleurs assez vives, de chaleur, enfin elle est un peu rouge et assez tuméfiée.

La langue est un peu sale, inappétence assez accusée. Eau de Sedlitz, pour combattre les symptômes d'embarras gastrique; puis, à partir du 14, administration à la dose de 20 grammes par jour de poivre cubèbe, qui diminue tout d'abord l'écoulement, mais ne le tarit point tout à fait.

Les choses allèrent ainsi quelques jours encore, puis le 20, le malade nous accusa une sensation d'angoisse précordiale, se plaignit de palpitations. L'examen du cœur pratiqué aussitôt permet de reconnaître que le choc de la pointe a lieu dans le cinquième espace intercostal gauche. La palpation dénote une pulsation énergique, enfin l'auscultation fait découvrir à la base un souffle systolique se propageant du côté des vaisseaux; tous symptômes qui n'existaient point lors de l'entrée du malade dans la salle, car nous l'avions à cette époque ausculté soigneusement.

Le pouls est fort, bat 120 à la minute, le malade a la peau un peu chaude, et nous regrettons ici que la température n'ait point été prise; enfin la langue est blanche, l'inappétence absolue.

Le malade malgré son attention à les découvrir ignore les causes qui ont pu provoquer l'apparition de pareils accidents. Il ne s'est point refroidi la nuit, il a eu des rhumatismes, mais pas de pas de maladies du cœur; sa mère est bien certainement rhumatisante, nous devons ajouter, qu'il n'a jamais eu la syphilis, qu'il n'est point alcoolique ni athéromateux.

Après quelques jours de persistance de chaleur à la peau, d'accélération du pouls, de symptômes d'embarras gastrique, l'état général devient meilleur; en août déjà l'apyrexie était complète, mais les souffles persistaient toujours aussi bien que l'arthrite qui était rarement douloureuse, mais assez souvent encore pour qu'il fût indiqué de laisser quelque temps le membre dans un appareil plâtré, et c'est seulement en octobre que le malade put sortir pour aller à Vincennes.

Il revint dans le service le 28 novembre disant que ses palpitations devenaient de plus en plus fortes, accusant une gêne notable à respirer. En effet la face était un peu vultueuse, les lèvres sont légèrement bleuâtres, les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration. L'examen du cœur fait découvrir à la pointe un souffle au premier temps très léger, qui commence dans la présystole et couvre la systole. A la base il existe un souffle très-fort de rétrécissement aortique. La pulsation se fait sentir sur une large surface, elle est traînante et la pointe bat dans le cinquième espace. Après un séjour au lit de quelques jours et un traitement pendant quelques jours d'infusion à froid de 50 centigr. de poudre de digitale, les accidents se calment, le pouls se régularise un peu ; sans dilatation, sans hypertrophie cardiaque, et il reste encore de l'anhélation. Le poumon, le foie, les autres organes sont absolument sains, les urines qui étaient un peu rouges les 29, 30 novembre sont, le 7 décembre, claires et assez abondantes ; elles n'ont jamais contenu d'albumine. Nous laissons le malade en cet état le 31 décembre 1881, lorsque nous quittons le service. Dans le courant d'avril il fut envoyé à Vincennes. Il revient dans le service dans le courant de mai en proie à une attaque d'asystolie grave et ce n'est qu'après plusieurs jours que les accidents peuvent être conjurés en partie toutefois, car lorsque, avec sa surveillance habituelle, notre collègue et ami Valude nous montre le 22 juin 1882 ce malade, nous constatons, outre les symptômes du côté du cœur déjà notés, un souffle au 2^e temps à la base, une augmentation notable du cœur, puis des symptômes d'anhélation intense, une légère augmentation du volume du foie qui est douloureux à la percussion, bref tous les symptômes de la cachexie cardiaque à une période déjà avancée.

OBSERVATION XV (lue par M. Dérignaac à la Société clinique).

S... pris d'une blennorrhagie depuis une vingtaine de jours entra à l'hôpital le 2 août, salle St-Augustin, lit n° 7 dans le service de M. le docteur Moutard-Martin supplée à ce moment par M. Dreyfus-Brissac. Dès le jour même de son entrée ce malade

présente un état fébrile assez notable, et la température, prise très exactement, oscille pendant le mois d'août entre 37, 38 et 39.

Un mois environ après son entrée le 3 septembre, cet homme fut pris d'un malaise vague avec frissons assez intenses qui se manifestèrent encore plusieurs fois dans la nuit et s'accompagnèrent bien vite d'exacerbations dans les symptômes de l'arthrite.

L'écoulement le 4 septembre est encore assez abondant, jaune verdâtre, les douleurs pendant la miction ne sont pas très-vives, le malade n'a point d'érections ni d'éjaculations la nuit. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, le facies est un peu pâle et le malade accuse un abattement assez considérable. Le poignet est rouge, douloureux, la contracture musculaire immobilise la jointure dans la demi-flexion.

Le 3. T. m. 39,6, soir 39,6.

Le 4. T. m. 39,0, soir 39°4. On prescrit une bouteille d'eau de sedlitz.

Le 6. Le malade est un peu mieux. T. m. 38,2, soir 39,4.

Le 8. On prescrit le salicylate de soude à la dose de 8 gr.

Le 11. Suppression du salicylate qui ne procure aucun soulagement au malade, 20 gr. de cubèbe par jour.

L'écoulement diminue le 12 et le 13, mais les symptômes articulaires persistent tout aussi intenses.

Le 14 au soir : frisson violent ; la température à 39 le matin s'élève le soir à 40°,4 ; le pouls est accéléré, fort, vibrant, le malade accuse de l'angoisse précordiale ; cependant l'exploration du cœur, des poumons ne laisse percevoir rien d'anormal. Suppression du cubèbe.

50 centigr. de sulfate de quinine. Potion avec 2 gr. d'extrait de quinquina.

Le 15. Le malade nous dit avoir eu dans la nuit plusieurs petits frissons, son facies est pâle, la sensation d'angoisse qu'il nous avait accusée la veille persiste encore ; le pouls est fréquent, un peu irrégulier, de force modérée, les battements du cœur irréguliers aussi sont précipités et ils accusent à la palpation une énergie bien plus considérable que les caractères du pouls ne le faisaient pressentir ; l'auscultation révèle l'existence à

la pointe d'un souffle qui commence dans la présystole, puis irait en intensité jusqu'au moment de la systole qu'il couvre complètement. Enfin il se prolonge vers l'aisselle. Rien à l'orifice aortique, rien aux autres orifices. Rien aux poumons, rien dans les autres organes. Les urines examinées à l'aide de la chaleur et de l'acide azotique ou traitées par le réactif de Tanret, contiennent de l'albumine. En effet, elles présentent avec le dernier de ces réactifs un coagulum ; celui-ci disparaît par la chaleur et reparait par le refroidissement, preuve bien évidente qu'il est dû à la présence du sulfate de quinine dans les urines et de l'albuminurie, due peut-être au pus. T. m. 40°, 6, soir 40°, 6.

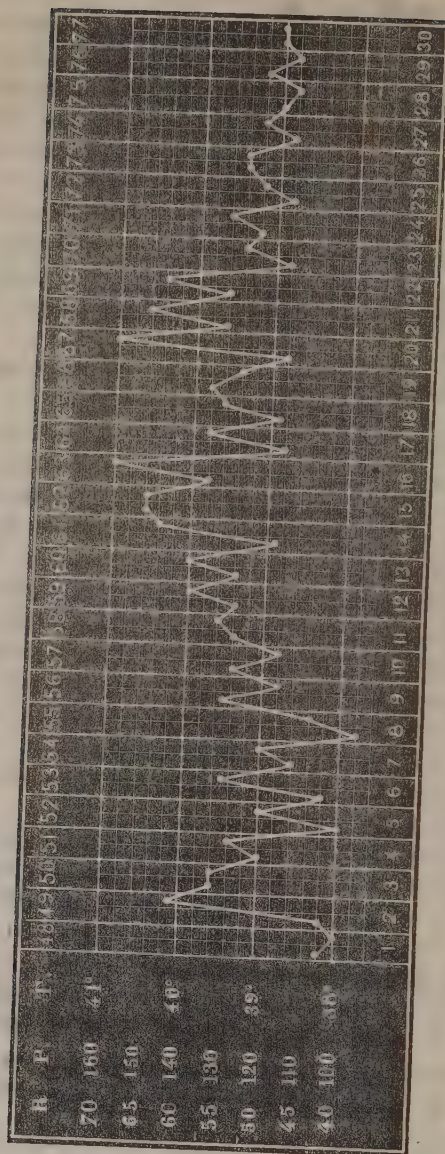
Injection à partir de ce jour et tous les jours deux fois avec une solution de sulfate de quinine à 1 pour 100.

Nous réitérons auprès du malade les questions que nous lui avons posées le premier jour : nous lui demandons si ses parents ont, à sa connaissance, eu des attaques de rhumatisme, ont éprouvé des douleurs dans les jointures, dans les membres, tout jours ses réponses sont négatives. Lui-même, avant les accidents qu'il éprouve en ce moment, n'avait jamais eu d'attaque de rhumatisme, ni de douleurs dans les jointures, il n'était point sujet aux palpitations, tout au contraire, pouvait sans s'essouffler faire de longues courses, enfin il n'est point sujet aux migraines, n'a jamais eu la chorée, la scarlatine ou quelque autre maladie infectieuse ou capable de porter son action sur le cœur ; il n'est point syphilitique, ni alcoolique, ni athéromateux, les artères sont souples et non flexueuses.

Le 16. Le malade nous dit avoir eu dans la nuit de petits frissons, le facies accuse un abattement notable, presque de la prostration, les traits sont étirés, pincés, le teint est pâle, les lèvres sont un peu noires, enfin il a eu dans la nuit un peu de délire, et le matin deux vomissements.

Le pouls est très fréquent, un peu irrégulier, plutôt mou, les battements du cœur sont précipités, le souffle persiste un peu plus intense même peut-être que la veille. La matité cardiaque est peut-être un peu plus étendue que les jours précédents. T. m. 39,8, soir 41.

Le 17. L'état général est meilleur, le souffle persiste. Badigeon-



nages à la teinture d'iode au-devant du cœur, l'état des organes génitaux proscrivant les vésicatoires.

Le 18. Même état, même traitement.

Le 19. Suppression du sulfate de quinine.

Le 20. Frisson très intense le soir, pouls à 120 ; facies altéré, un peu de météorisme abdominal ; cependant le malade va régulièrement à la selle. Rien aux poumons, au foie, ni dans les autres organes. Rien dans les urines. T. m. 38,9, soir 41. On donne 75 centigr. de sulfate de quinine.

Le 21. La température abaissée un peu le matin remonte le soir, le pouls est fréquent, ample. Apparition d'un souffle à la base au 2^e temps au niveau de l'orifice aortique. Souffle qui se propage de la base du cœur vers la pointe et s'entend aussi dans les vaisseaux du cou. T. m. 39,6, 40°,6.

Le 22. T. m. 39,6 T. soir 40°,4.

Le 23. T. m. 38,9. Soir 39,4.

Le 25. T. m. 39,2. Soir 39,6.

Le 26. Suppression du sulfate de quinine.

A partir du 5 octobre l'état général s'améliore d'une façon définitive, l'écoulement cesse complètement, néanmoins on continue les injections de sulfate de quinine quelques jours encore, la prostration diminue, puis disparaît, les lèvres, les dents, les gencives se nettoient, mais les souffles du cœur persistent, l'arthrite devient moins douloureuse, mais l'articulation est le siège d'une ankylose peut-être définitive, malgré l'immobilisation de la jointure dès les premiers jours dans un appareil plâtré, avec soin de faire exécuter tous les sept ou huit jours quelques mouvements à l'article.

Le malade nous quitte en cet état au milieu d'octobre et nous le perdons absolument de vue.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début se fait d'une façon brusque, franche, avec frissons, fièvre intense, dans quelques cas.

D'autres fois, au contraire, le début est moins bruyant, l'appareil fébrile moins intense, mais presque toujours lorsqu'on observe les malades, au moment où apparaît la cardiopathie, on note un certain degré d'embarras gastrique, une accélération de pouls et probablement aussi une certaine élévation thermique, mais qu'il est difficile d'apprécier d'une façon exacte, la température n'ayant été prise que dans un nombre trop restreint d'observations.

Dans le premier cas, lorsque le début est bruyant, des frissons violents, quelquefois répétés ouvrent la scène, s'accompagnant de lassitude, de malaise, de fatigue générale ; puis la fièvre devient intense et la température peut atteindre 39°, 40°, 41° (Dérignac, Marty). Dès l'apparition de ces premiers accidents le malade est pris souvent de dyspnée, d'oppression : il accuse une sensation pénible d'angoisse précordiale, les battements du cœur deviennent fréquents irréguliers. Ainsi que le pouls, la paroi thoracique au-devant du cœur est soulevée à chaque systole par des battements énergiques. Il est possible, dès l'apparition de ces premiers accidents, que déjà l'examen du cœur fasse percevoir des troubles pathologiques appréciables à l'oreille.

Cependant ceux-ci ne se révèlent en général que quelque temps après, 12, 24 ou 36 heures. En somme la sensation d'angoisse précordiale, l'anhélation et l'énergie plus grande des battements du cœur avec frissons, fièvre, inappétence, et quelquefois vomissements, marquent l'invasion de la maladie. Les lésions siègent souvent à l'orifice mitral, moins souvent à l'orifice aortique; le péricarde peut être pris seul ou avec le myocarde et l'endocarde primitivement ou consécutivement. Enfin dans un cas, on trouve noté un souffle dans les artères carotides, coïncidant avec la systole cardiaque, mais il est permis de se demander ici si, au lieu d'un souffle d'endartérite, on n'avait point affaire simplement à un souffle propagé, car il existait chez ce malade une lésion aortique.

En même temps on note des modifications du côté du pouls; fréquence, irrégularité, inégalité, intermitteances ou bondissement selon la lésion du cœur à laquelle on a affaire.

La lésion cardiaque constituée avec l'appareil symptomatique que nous venons de mentionner, les phénomènes généraux, l'appareil fébrile peuvent persister encore un ou deux jours pour cesser ensuite. Souvent ils ne subissent qu'une rémission passagère, apparaissent à nouveau et l'on constate alors où l'exagération de la lésion primitive, ou l'apparition de lésions nouvelles. Souvent aussi l'appareil fébrile persiste jusqu'à la mort (Desnos, *Progrès méd.* 1874) qui semble survenir alors par myocardite aiguë (Desnos, Lorain).

Mais ce n'est point là le seul genre de mort auquel soient exposés les malades qui nous occupent; souvent leur existence est mise en danger par des embolies septiques ou non septiques du côté du bulbe ou du cerveau. Enfin souvent la lésion cardiaque constituée passe à l'état chronique et le malade se trouve exposé dès lors à tous les accidents des maladies du cœur : syncopes, œdèmes des membres inférieurs, complications rénales. Le malade qui fait le sujet de la première observation de M. Derignac se trouvait encore dernièrement dans le service de M. le docteur Moutard-Martin, où il a dû rentrer il y a quelque temps pour des symptômes d'asystolie (anhélation continue, souffles persistants à la base et à la pointe avec hypertrophie notable de l'organe central de la circulation).

En même temps qu'apparaît la cardiopathie, on peut voir survenir des complications du côté de l'œil (iritis, conjonctivite), du côté des plèvres. On a même signalé des complications cérébrales.

Il semble que les accidents blennorrhagiques aient une certaine tendance à se porter de préférence du côté des articulations, et le plus souvent les complications cardiaques n'apparaissent qu'en seconde ligne; ce qui donne à la maladie une allure qui lui a valu le nom de rhumatisme blennorrhagique. Mais on a vu quelquefois le cœur pris le premier sans complications articulaires ou lorsque celles-ci n'étaient pas encore constituées.

Enfin lorsque les accidents quelquefois bruyants du

début ont disparu et alors même que la complication est passée à l'état chronique, on peut voir survenir une recrudescence avec ou sans phénomènes généraux, tant que l'écoulement n'est pas absolument tari.

PRONOSTIC.

De l'exposé qui précède il est facile de déduire le pronostic des accidents qui nous occupent. Il est grave, très grave en lui-même dans les cas où les symptômes généraux sont très intenses, puisque la mort peut s'en suivre rapidement (cas de Desnos, de Lorain); grave encore puisqu'il peut se faire des embolies bulbaires ou cérébrales (le cas de M. Desnos). Dans les cas où la lésion passe à l'état chronique, le pronostic doit encore être réservé, puisque le malade reste exposé à tous les accidents à toutes les complications des maladies du cœur.

DIAGNOSTIC.

Nous serons bref sur le diagnostic. Il suffit d'être prévenu du fait de l'existence possible de cardiopa-

thies au cours de blennorrhagie pour découvrir facilement leur existence. L'examen du cœur devra être pratiqué avec le plus grand soin chaque fois qu'au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique, avec ou sans complications articulaires, on verra survenir du malaise, de la fièvre, de l'angoisse précordiale, avec accélération, irrégularité du pouls, etc.

ETIOLOGIE.

La fréquence des complications cardiaques dans la blennorrhagie est faible, puisqu'un petit nombre d'observations seulement ont été publiées depuis 1854. Cependant cette rareté est peut-être moindre qu'elle ne le paraît. Il arrive souvent qu'on néglige l'examen des organes génitaux chez la femme et qu'on rapporte à un rhumatisme ordinaire ce qui n'est en réalité qu'une arthrite blennorrhagique avec complication cardiaque. Il doit se passer ici ce qu'on observe à propos de l'arthrite blennorrhagique considérée naguère comme propre à l'homme jusqu'aux observations bien authentiques de Ricord (communication orale à M. Fournier) et jusqu'à l'observation prise à Lourcine par M. le professeur Richet. La rareté de ces arthropathies pourrait trouver son explication dans

cette circonstance comme le fait observer Cullerier, « que la femme dissimule très souvent ce qu'elle éprouve du côté des organes génitaux, et dans cette autre aussi, comme le fait observer M. [Fournier (?), que l'examen des organes génitaux est rarement proposé en pratique même à l'hôpital chez la femme à propos d'accidents articulaires. Ces considérations que nous venons de reproduire sur les arthrites blennorrhagiques appliquées aux cardiopathies permettent de croire que ces dernières sont en réalité plus fréquentes que les observations publiées jusqu'à ce jour ne semblent l'indiquer.

Ces complications cardiaques peuvent se montrer à tous les âges à partir de l'adolescence; on les observe naturellement à l'époque où la blennorrhagie est la plus fréquente.

Leur date d'apparition à partir du début de la blennorrhagie est assez variable; cependant elles ne surviennent guère dans les premiers jours. Elles se montrent surtout dans les blennorrhagies qui ont de la tendance à durer, à passer à l'état chronique.

Les refroidissements, la diathèse rhumatismale semblent, chez les individus qui suppurent du canal, créer une prédisposition à la localisation des accidents sur les jointures ou sur le cœur. En dehors même de ce fait, il existe bien certainement des individus qui prédisposés aux longues suppurations sont plus enclins que d'autres à faire de la résorption purulente; mais ceci est un point particulier d'étiologie dont nous reparlerons dans le chapitre suivant.

On pourrait peut-être ici invoquer comme causes adjuvantes l'influence des émanations morales ou encore l'influence du froid, mais les observations a ce sujet sont peu explicites et c'est là un point encore à élucider.

PATHOGÉNIE.

On pourrait peut-être faire intervenir tour à tour toutes les interprétations qui ont été données sur l'apparition de l'arthrite au cours d'une blennorrhagie et expliquer les lésions de l'endocarde comme celles des séreuses articulaires par action réflexe (Fournier), métastase (Swediaur), par sympathie, (Rollet); les faire dépendre du rhumatisme uro-génital ou dire que la blennorrhagie réveille la diathèse rhumatismale. On peut aussi invoquer les analogies ou l'identité du rhumatisme blennorrhagique et du rhumatisme ordinaire (Peter) : opinion partagée par Besnier quand il dit dans son article « Rhumatisme blennorrhagique du dictionnaire de Dechambre » : toutes les cardiopathies du rhumatisme et tous les accidents qui leur appartiennent peuvent émaner du rhumatisme blennorrhagique. C'est là un fait qu'il est inutile de contester. Il suffit de reconnaître que de

même que dans le rhumatisme subaigu en général et dans toutes les manifestations extra-articulaires du rhumatisme, les cardiopathies sont infiniment moins fréquentes que dans le rhumatisme articulaire, et qu'au lieu de constituer la règle comme dans le rhumatisme primitif, elles constituent l'exception. C'est là un fait précis sur lequel il nous paraît oiseux d'insister plus longtemps. »

En effet les blennorrhagiques rhumatisants semblent, d'après l'analyse des observations publiées jusqu'à ce jour, bien plus fréquemment atteints que ceux qui sont indemnes de cette diathèse, semblent bien plus souvent présenter des complications cardiaques ou articulaires, et l'on peut à ce compte trouver des analogies ou même une identité absolue avec le rhumatisme ordinaire; nous avons cité à ce sujet l'opinion de MM. Besnier et Peter, nous n'avons point à y insister.

Nous devons examiner maintenant une nouvelle opinion.

De l'analyse minutieuse des observations publiées jusqu'à ce jour on peut conclure que ces dernières peuvent être divisées en trois catégories.

1° Les observations dans lesquelles les cardiopathies sont survenues chez des sujets qui avaient eu des accidents rhumatismaux.

2° Celles dans lesquelles les cardiopathies sont survenues chez des sujets qui n'avaient point eu d'accidents rhumatismaux, mais dont les parents étaient rhumatisants.

3° Celles dans lesquelles les accidents du côté du cœur sont survenus chez des sujets absolument indemnes aussi bien que leurs parents de toute manifestation rhumatismale.

Ces dernières selon nous et il faut en convenir, sont absolument probantes, puisque les lésions du côté du cœur sont survenues sous les yeux du médecin chez des blennorrhagiques qui n'avaient point eu eux ou leurs parents de rhumatismes, chez des individus qui n'avaient jamais eu ni migraine, ni hémorrhoides, etc. Or dans les cas de M. Desnos et Marty entre autres des accidents généraux graves, des frissons violents, fièvre intense, élévation thermique pouvant aller jusqu'à 40° et plus, ont marqué l'apparition de la cardiopathie et des complications redoutables sont survenues quelquefois.

On peut se demander alors, de l'analyse de ces observations et d'un cas a lu à la Société clinique (1), si on ne pourrait pas rattacher ces accidents, à la septicémie ; d'autant que nombre d'auteurs, Paget, Barwell, M. le professeur Lasègue (2), ont signalé au cours d'écoulements chroniques de l'urèthre des accidents de septicémie lente, chronique.

Ces accidents de septicémie lente ou lors de recrudescences pourraient donner lieu à des endocardites septiques, au même titre qu'ils donnent lieu à des

(1) Derignac Société clinique le 13 juillet 1882.

(2) Des synovites tendineuses d'origine blennorrhagique. Maymou, thèse de doctorat, 1875.

arthrites que nombre d'auteurs à l'appui de la théorie que nous soutenons ont de la tendance à considérer comme pyohémiques (Holmes, le docteur Brun, prosecteur de la faculté, Talamon dans sa revue déjà signalée). Nous regrettons que les températures, la marche des accidents n'aient pas été prises toutes les fois et d'une façon régulière dans tous les cas de cardiopathie au cours d'une blennorrhagie; car, même dans le cas où l'affection du cœur se montre dans des conditions pareilles chez un rhumatisant, on pourrait encore peut-être invoquer quelquefois la septicémie.

Car de même qu'on peut voir un blennorrhagique rhumatisant faire une poussée de rhumatisme, on peut voir aussi un rhumatisant blennorrhagique faire de la septicémie, interdit qu'il n'est pas à un rhumatisant de faire de la septicémie.

On le voit d'après cette dernière opinion les accidents cardiaques de la blennorrhagie pourraient être assimilés dans quelques cas à ceux des maladies virulentes et infectieuses, comme le fait a été signalé depuis longtemps (Hardy, Jaccoud), ou encore pourraient être assimilés aux cas désignés par M. Quinquaud sous le nom de puerpérisme infectieux.

C'est là selon nous, un point à revoir et qui ne pourra être élucidé d'une façon définitive que lorsque des observations fort complètes avec des températures bien prises auront été notées.

Dans tous les cas nous croyons que la question doit rester au moins dans quelques cas quelque temps encore en suspens.

Ces considérations établies sur les diverses opinions qui ont été émises sur la nature des cardiopathies dont nous nous occupons, nous résumerons les divergences auxquelles elles ont donné lieu en disant que la cardiopathie, lorsqu'elle se montre chez des sujets blennorrhagiques, peut probablement dans quelque cas être mise sur le compte de la septicémie; mais que nombre de fois aussi elle peut ne pas reconnaître une semblable cause, soit que se développant chez les rhumatisants elle réveille une diathèse jusque-là latente, soit que dans le cours de la blennorrhagie des accidents rhumatismaux puissent apparaître et doivent être rapportés à une simple coïncidence (Thiry) (1), soit que la blennorrhagie ne soit souvent que la manifestation des rhumatismes (véritable rhumatisme uro-génital), et l'on connaît en faveur de cette dernière opinion l'aptitude qu'ont certains humatisants à contracter la blennorrhagie (2-3).

(1) Thiry. Presse médicale de Bruxelles, 1856. Recherches nouvelles sur les affections blennorrhagiques.

(2) Vachié, Thèse de Paris 1868. Du rhumatisme uro-génital.

(3) Guillaud. Thèse de Paris, 1876. Des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie.

TRAITEMENT.

Il devra s'appliquer surtout à supprimer la cause, c'est-à-dire l'écoulement, et pour cela on emploiera les moyens ordinaires dont on use en pareil cas. Nous devons ajouter qu'on a vu des écoulements, passés à l'état chronique, cesser par l'éloignement de la ville et le séjour de quelque temps à la campagne.

Une deuxième indication doit s'attacher à soutenir l'état général par le fer, le quinquina, le sulfate de quinine, s'il survient des accidents aigus avec fièvre intense. Enfin la thérapeutique cherchera à combattre les complications directement en rapport avec la maladie du cœur pour laquelle on emploiera les moyens ordinaires, révulsifs, teinture d'iode, ventouses.

Les accidents du côté des voies urinaires doivent faire proscrire l'emploi des vésicatoires. Les manifestations articulaires qui accompagnent les lésions cardiaques seront traitées par les moyens usités en pareil cas (immobilisation, révulsifs, calmants), et nous rappellerons en terminant, comme nous le faisait remarquer M. le professeur Hardy dans une de ces cliniques, que le salicylate de soude, dont l'action est si manifeste dans le rhumatisme ordinaire, ne produit guère d'effet dans le rhumatisme blennorrhagique.

CONCLUSIONS.

1° — Il existe bien évidemment des accidents cardiaques liés à la blennorrhagie.

2° — Ceux-ci se montrent chez des blennorrhagiques :

a. Rhumatisants ;

b. Non rhumatisants mais dont les parents ont présenté des manifestations rhumatismales ;

c. Chez des individus indemnes eux ainsi que leurs parents de toute attaque de rhumatisme.

3° — La cardiopathie surviendrait d'après les observations publiées jusqu'ici :

a. Parce que le rhumatisme blennorrhagique peut s'accompagner des mêmes complications que le rhumatisme ordinaire (Peter, Besnier) ;

b. Parce que la blennorrhagie réveille la diathèse rhumatismale ;

c. Consécutivement à des accidents de septicémie, admis depuis longtemps par Paget et M. le professeur Lasèque.

4° — La cardiopathie se manifeste par des phénomènes généraux aigus ; d'autrefois son début est plus insidieux.

5° — Dans les cas où le début se fait d'une façon aiguë, on peut observer des complications graves et d'apparition précoce. — Myocardite, mort (Desnos, Lorain).

6° — Si elle n'entraîne pas de complications fatales d'emblée, la cardiopathie peut constituer des lésions chroniques et exposer les malades à tous les accidents des maladies du cœur.

7° — Son pronostic est donc grave.

8° — Elle est souvent liée à d'autres manifestations blennorrhagiques, arthrites, ophthalmie.

9° — Le diagnostic est facile, il suffit d'être prévenu de son existence possible, et l'on devra ausculter le cœur de tous les fébricitants atteints de blennorrhagie.

10° — Le traitement devra être dirigé 1° contre l'écoulement, 2° l'affection du cœur, 3° les symptômes généraux, 4° les complications rapprochées ou éloignées.

DERIGNAC. — Société clinique, 1882. — France médicale.

DUPOUY. — Thèse de Paris, 1875.

CHEVALIER. — Thèse de Paris, 1875.

VIDART. — Thèse de Paris, 1875.

GRIET. — Thèse de Paris, 1875.

QUINQUAUD. — Note sur les manifestations rhumatismales de l'état puerpéral proprement dit et du puerpérisme infectieux, *Gazette médicale*, 1872.

GUILAUD. — Thèse de Paris, 1876. Des manifestations du rhumatisme de l'urètre et de la vessie.

MAYMON. — Des synovites tendineuses d'origine blennorrhagique, thèse de doctorat, Paris, 1875.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- TROUSSEAU. — Gazette des hôpitaux, 1854, p. 226.
GRISOLLE. — Gazette des hôpitaux, 1866, n° 77.
ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1865.
BRANDS. — Archives générales de médecine, 1854.
LEHMANN. — (Mémoire de Brandes, 1854).
SUQUET. — De la blennorrhagie dans ses rapports avec les accidents rhumatismaux. Thèse de Paris, 1868.
BONNIÈRE. — Étude théorique et pratique sur la blennorrhagie d'origine rhumatismale.
HERVIEUX. — Gazette médicale de Paris, juin 1858.
TIXIER. — Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1866.
LORAIN. — Thèse de Tixier, Paris, 1866.
WOLEKER. — De l'arthrite blennorrhagique, thèse de Paris, 1868.
DESNOS ET LEMAITRE. — Progrès médical, 1874. Rhumatisme blennorrhagique avec complication cardiaque.
DESNOS. — Société médicale des hôpitaux, 1877.
— — Union médicale, 10 janvier 1878.
LACASSAGNE. — Archives générales de médecine, 1872.
MARTY. — Archives générales de médecine, 1876.
FOURNIER. — Nouveau bulletin de médecine et chirurgie pratiques, art. Blennorrhagie.
BESNIER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 3^e série, t. IV, p. 866.
POLAIN ET RENDU. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. XVIII, 2^e partie, p. 425.
JACCOUD. — Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie, t. XXVI, p. 383.
GUNZ. — Analyse de Schmidts sur la péricardite blennorrhagique.
MOREL. — Thèse de Paris, 1878.
TALAMON. — Revue de médecine, 1878.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Du tissu osseux.
Physiologie. — Excrétion urinaire.
Physique. — Lentilles, ophthalmoscope.
Chimie. — Chloral, chloroforme, soufre.
Histoire naturelle. — De la fécondation des plantes.
Pathologie externe. — Fractures de l'avant-bras.
Pathologie interne. — Fièvres éruptives.
Pathologie générale. — Des hémorrhagies.
Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions cirrhotiques du foie.
Médecine opératoire. — Amputation du bras.
Pharmacologie. — Tannin, sa préparation, son emploi en médecine.
Thérapeutique. — De l'ergot de seigle et de son emploi.
Hygiène. — De l'hygiène des vieillards.
Médecine légale. — De la pendaison.
Accouchements. — Du forceps et de ses indications.

Vu, le président de la thèse,

HARDY.

Vu, bon et permis d'imprimer.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.